FORMATTING DATE: 06 juin 2016
FRANÇAIS LANGUAGE: 31 Mai 2016

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
MODULE MALADIES NON TRANSMISSIBLES
QUESTIONNAIRE STANDARD FEMME

[NOM DU PAYS]
[NOM DE L'ORGANISATION]

IDENTIFICATION (1)

NOM DE LA LOCALITÉ _____

NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____

NUMÉRO DE GRAPPE . . . . . | | | | |

NUMÉRO DE MÉNAGE . . . . . | | | | |

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____ | | |

VISITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR | | | | MOIS | | | | ANNÉE | | | |
NOM DE L'ENQUÊTRICE				No ENQUÊT | | | |
RÉSULTAT*				RÉSULTAT* | |
PROCHAINE DATE VISITE				
HEURE				NOMBRE TOTAL DE VISITES | |

*CODES RÉSULTAT :
1 COMPLÉTÉ
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUSÉ
5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ
6 INCAPACITÉ
7 AUTRE _____ PRÉCISEZ

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** 0 1
LANGUE DE L'INTERVIEW** | |
LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** | |
TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) |

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **FRANÇAIS**

**CODES LANGUES :
01 FRANÇAIS
02 LANGUE 2
03 LANGUE 3
04 LANGUE 4
05 LANGUE 5
06 LANGUE 6

CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NUMÉRO	NUMÉRO
_____	| | | | |	_____	| | | | |	| |	| |

(1) Cette section doit être adaptée selon le plan de l'enquête spécifique au pays.

SECTION ND. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
ND01	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
ND02	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND06
ND03	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND04	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND05	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND06	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
ND07	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND11
ND08	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND09	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND10	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND11	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND13
ND12	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND13	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND15
ND14	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND15	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND17
ND16	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND17	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une depression ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND19
ND18	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI . . . . . 1 NON 2	

SECTION ND. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
ND19	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND21
ND20	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND21	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI . . . . . 1 _____ (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	→ ND23
ND22	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À ND21) ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND23	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND25
ND24	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND25	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests que le personnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le personnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le personnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
ND26	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà fait un test de détection du cancer du col de l'utérus ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ SEC. SUIV.
ND27	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer de l'utérus ? SI MOINS D'1 ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
ND28	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF . . . . . 1 ANORMAL / POSITIF . . . . . 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT . . . . . 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS . . . . . 4 NE SAIT PAS 8	→ SEC. SUIV. → SEC. SUIV.
ND29	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

FORMATTING DATE: 06 juin 2016
FRANÇAIS LANGUAGE: 31 Mai 2016

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
MODULE MALADIES NON TRANSMISSIBLES
QUESTIONNAIRE STANDARD HOMME

[NOM DU PAYS]
[NOM DE L'ORGANISATION]

IDENTIFICATION (1)

NOM DE LA LOCALITÉ _____

NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____

NUMÉRO DE GRAPPE . . . . . | | | | |

NUMÉRO DU MÉNAGE . . . . . | | | | |

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____ | | |

VISITES D'ENQUÊTEURS

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR | | MOIS | | ANNÉE | | | |
NOM DE L'ENQUÊTEUR				No ENQUÊT | | | |
RÉSULTAT*				RÉSULTAT* |
PROCHAINE DATE VISITE				NOMBRE TOTAL DE VISITES |
HEURE				

*CODES RÉSULTAT :
1 COMPLÉTÉ
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUSÉ
5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ
6 INCAPACITÉ
7 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** 0 1
LANGUE DE L'INTERVIEW** | |
LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** | |
TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) |

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **FRANÇAIS**

**CODES LANGUES :
01 FRANÇAIS
02 LANGUE 2
03 LANGUE 3
04 LANGUE 4
05 LANGUE 5
06 LANGUE 6

CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NUMÉRO	NUMÉRO
_____	| | | |	_____	| | | |	| |	| |

(1) Cette section doit être adaptée selon le plan de l'enquête spécifique au pays.

SECTION ND. NON-COMMUNICABLE DISEASES POUR LE QUESTIONNAIRE HOMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
ND01	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
ND02	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND06
ND03	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND04	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND05	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND06	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
ND07	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND11
ND08	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND09	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND10	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND11	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND13
ND12	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND13	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND15
ND14	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	

ND15	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND17
ND16	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND17	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une depression ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND19
ND18	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND19	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ ND21
ND20	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
ND21	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI . . . . . 1 _____ (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	SEC. → SUIV.
ND22	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À ND21) ?	OUI . . . . . 1 NON 2	